

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1960

THÈSE

N° 748

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard PARISOT

Né le 29 Décembre 1928, à Nogent-sur-Seine (Aube)

Présentée et soutenue publiquement le

196

**HOSPITALISATION DES MALADES MENTAUX
DANS LE DEPARTEMENT DE L'AUBE**

Président : M. DELAY, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1960

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1960

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard PARISOT

Né le 29 Décembre 1928, à Nogent-sur-Seine (Aube)

Présentée et soutenue publiquement le

196

HOSPITALISATION DES MALADES MENTAUX
DANS LE DEPARTEMENT DE L'AUBE

Président : M. DELAY, Professeur



PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuéjoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Lœper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (<i>chaire à titre personnel</i>)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu MÉNÉGAUX (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Broussais DE GENNES (L.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SOULIÉ (P.)
	Pitié DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	N...
	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FÉY (B.)
Electrophysiologie médicale (<i>chaire à titre personnel</i>)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (<i>chaire à titre personnel</i>)	DEPARIS (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (<i>chaire à titre personnel</i>)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (<i>chaire à titre personnel</i>)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSEY (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Bactériologie	NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i> BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
		Biochimie médicale	DESGREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i> POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i> SCHAPIRA (G.) <i>m. conf.</i>

MM.

Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.) <i>m. conf.</i>
Carcinologie . . .	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato- Syphiligraphie . .	DUPERRAT (B.)
Electro- Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Embryologie . . .	Tuchmann-Duplessis (H.)
Hématologie . . .	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	{ COIJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i> MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses . . .	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	{ DERObERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie . .	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie . .	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino- laryngologie . . .	DEBAIN (J.)
Parasitologie . . .	{ BRUMPT (L.C.) <i>pr. s. ch.</i> CHABAUD (A.) BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) <i>agr. per</i> LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)

MM.

Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale . . .	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LCEPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAGNE (P.) <i>m. conf.</i> CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) <i>m. conf.</i> ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie- Puériculture . . .	{ JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie . . .	{ LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i> BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	{ PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i>
Pneumo- Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie . . .	DELBARRE (F.)
Stomatologie . . .	{ CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.) <i>m. conf. agr.</i> GRELLET (M.)
Thérapeutique . . .	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.)	Clinique neuro- rhumatologique	DE SÈZE (S.)
	AMELINE (A.)		GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)	Clinique obstétricale	LEPAGE (F.)
	LÉGER (L.)		MAYER (M.)
	OLIVIER (C.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
Clinique médicale	VERNE (J.-M.)	Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
	HAGUENEAU (J.) <i>pr. s. ch</i>		LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)	Clin. pédiatrique et puériculture	BARUK (H.)
	CONTE (M.)		KUSS (R.)
	DOMART (A.)	Clinique psychiatrique	
	MILLIEZ (P.)		
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)	Clinique urologique	
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>
Biochimie médicale	ETTORI (J.) <i>prof. à titre personnel</i>
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlles CHAINTREUIL (G.), HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553814_0005

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA FEMME

A MON FILS

A MA FAMILLE

ET

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAY

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Mentales
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Directeur à l'Institut de Psychologie

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DANIEL COLOMB

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
Médecin Chef du Service de Neuropsychiatrie de l'Hôpital de Troyes

A MONSIEUR LE DOCTEUR CONSEIL

Médecin Directeur du Centre Psychothérapique de Brienne-le-Château

*Qui nous ont inspiré le sujet de cette
thèse.*

*Qu'ils trouvent ici l'expression de notre
profonde gratitude.*

A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE TROYES

MONSIEUR LE DOCTEUR M. HUREZ

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin Chef du Service de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR P.-E. MÉRAT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin Chef du Service de Chirurgie

MONSIEUR LE DOCTEUR GUNY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin Chef du Service de Chirurgie

MONSIEUR LE DOCTEUR PIAT

MONSIEUR LE DOCTEUR LATOUCHE

PLAN DE TRAVAIL

Première partie

GENERALITES

- I — Avant-propos. Position du problème dans le département de l'Aube.
- II — Evolution des conceptions sur l'hospitalisation des malades mentaux.

Deuxième partie

SERVICE OUVERT A L'HOTEL-DIEU DE TROYES A PARTIR DE 1945

- I — Généralités.
- II — Règlement. Intérêt : un des premiers en province.
- III — Recrutement.
- IV — Statistiques de 1947 à 1959.
- V — Etablissement du diagnostic.
- VI — Traitement. Possibilités de travail en « équipe médicale ».
- VII — Durée du séjour : moyenne de trois semaines avec maximum de six semaines.
- VIII — Conclusion à la fin de l'année 1959 :
 - 83 % de malades hommes hospitalisés sont traités à Troyes en cure libre ;
 - 87 % de femmes hospitalisées sont traitées à Troyes en cure libre.

Troisième partie

CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE BRIENNE-LE-CHATEAU

- I — Architecture. Organisation pavillonnaire dans un parc d'une trentaine d'hectares.
- II — Unités de soins.
- III — « Ambiance » ou climat psychothérapique.
- IV — Ergothérapie.
- V — Entr'aide psycho-sociale.
- VI — Aperçu sur les résultats au cours de la première année de fonctionnement.

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

GENERALITES

I. — AVANT-PROPOS

Bien que très critiquée par les nouvelles générations de psychiatres, la loi du 30 juin 1838 a rendu de grands services dans le traitement de l'assistance aux malades mentaux.

Sa structure est solide au point de résister aux attaques, mais aucun technicien de la santé mentale n'a pu mettre sur pied une nouvelle loi d'assistance qui échappe aux objections du législateur.

Il n'est pas dans l'objet de notre exposé de faire la critique de cette loi, mais de montrer comment, dans le cadre du département de l'Aube, l'assistance aux malades mentaux a pu être réalisée.

S'inspirant de la circulaire Rucart 1937, reprise et affirmée au cours des réunions de psychiatres en 1946, cette assistance s'est réalisée progressivement avec le souci de faire disparaître la dualité existant autrefois entre la psychiatrie des asiles et celle des hôpitaux généraux :

1° Consultations de neuropsychiatrie infantile créées en 1929 par Mademoiselle le Docteur SERIN.

2° Consultations de neuropsychiatrie pour adultes créées en 1934 par le Docteur DESCUSSES.

3° Service ouvert créé en 1946 par le Docteur COLOMB, dans le cadre d'un hôpital général, réservé aux adultes — le projet de création d'un service de neuropsychiatrie infantile envisagé en 1957 n'ayant pu être réalisé.

4° Création du Centre psychothérapique de Brienne-le-Château en 1959 — Médecin-Directeur : Docteur CONSEIL.

II. — ÉVOLUTION DES CONCEPTIONS SUR L'HOSPITALISATION DES MALADES MENTAUX

L'aspect de la maladie mentale, aux yeux des primitifs, était essentiellement magique.

La « Préhistoire » de la Psychiatrie s'étend jusqu'à la Révolution. Considérés comme des démons ou des possédés, les « fous » étaient enfermés dans des asiles de plus en plus nombreux : monastères, hôpitaux, hospices, maisons de refuge.

* *

Par l'ordonnance du 16 septembre 1660, se marque l'intervention des pouvoirs publics qui réservent désormais quelques places aux aliénés dans les hôpitaux.

* *

TENON, dans un mémoire célèbre (1788), fait une place spéciale, à côté des hôpitaux, aux établissements pour les fous « qui font eux-mêmes fonction de remède ».

En pleine Révolution française, Philippe PINEL (1745-1826) libère les aliénés de leurs chaînes. Geste symbolique bien sûr, le malade est toujours condamné à vivre en milieu asilaire, cependant c'est le geste qui marque la naissance des hôpitaux psychiatriques.

On s'oppose bientôt aux internements arbitraires et l'Administration départementale de l'Aube écrivait en 1797 : « L'humanité exige que l'on ne doit point exclure arbitrairement de la Société un particulier qui peut encore lui être utile en lui donnant les secours et les soins convenables à sa situation et qu'un délai de quelques jours peut donner l'espérance de quelques changements favorables. »

D'autre part, sur le plan clinique, les idées ont poursuivi leur chemin et à la « Monarchie du signe physique » succède la Psychiatrie Psychogénétique. Et certains psychiatres « d'avant-garde » font ouvrir les asiles, tels CONALLY qui est ainsi un précurseur et partisan de l'« open-door ».

* *

En France, bientôt, la Société se met en état de défense, et c'est la loi du 30 juin 1838 qui impose à chaque département d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et à soigner les aliénés.

PARCHAPPE, en 1853, alors inspecteur des asiles d'aliénés, avait conclu à la nécessité d'inclure l'asile dans un ensemble comportant prévention, post-cure et réadaptation.

Déjà le début du siècle voit le statut de l'internement critiqué. La conception de l'aliéné, enfermé dans l'architecture asilaire, est ébranlée et ceci a été préparé par la vieille tradition de CHEEL, le système des colons écossais (à partir de 1839) et des colonies familiales en France à partir de 1895.

* *

Après la première guerre mondiale apparaissent les premiers « services ouverts ». Et c'est sous l'impulsion du Docteur TOULOUSE que s'ouvre en 1922 le Centre de prophylaxie mentale de la Seine, plus connu sous le nom d'hôpital Rousselle.

* *

Dans le département de l'Aube, depuis la loi de 1838, les malades mentaux étaient donc dirigés tous ou pour la plupart sur l'hôpital psychiatrique de Saint-Dizier, en Haute-Marne.

C'est un établissement ancien implanté sur un terrain d'assiette très exigu, d'une superficie d'environ 15 hectares, qui est entièrement encombré. En effet, pour une population réglementaire de 583 lits, la population réelle hospitalisée dépasse 775 malades.

Par ailleurs, la convention du 23 novembre 1945 passée avec le département de la Haute-Marne pour une durée de dix ans et qui obligeait l'hôpital psychiatrique de Saint-Dizier à recevoir les aliénés du département de l'Aube jusqu'à concurrence de 500 malades, était dénoncée.

Le problème de l'hospitalisation des aliénés du département de l'Aube devenait crucial.

SERVICE OUVERT DE NEURO-PSYCHIATRIE DE L'HOPITAL DE TROYES

I. — GÉNÉRALITÉS

Sous l'impulsion du Docteur COLOMB, s'ouvre en avril 1945 un service de neuropsychiatrie au Centre Hospitalier de Troyes.

Il a d'abord fonctionné dans le service de médecine générale puis est devenu autonome à partir de décembre 1946.

Les premières hospitalisations eurent lieu dans des conditions difficiles, dues à l'exiguïté des locaux, au nombre de lits limité — une vingtaine environ — et au manque de personnel spécialisé.

Les internements, par contre, étaient réalisées à l'hôpital psychiatrique de Saint-Dizier le plus souvent.

* *

Actuellement (depuis avril 1959), le service fonctionne à l'hôpital des Hauts-Clos et comporte 50 lits — hommes et femmes — répartis en dortoirs de 8 lits, chambres à 3 et à 1 lits, et une section de malades nécessitant un isolement de courte durée.

II. — RÈGLEMENT

Ce règlement reste valable après onze années d'application sans aucun incident. Adopté par la Commission Administrative des Hospices le 2 décembre 1946, il a ensuite été révisé par la même commission le 9 mai 1959.

ARTICLE PREMIER. — Il est créé à l'Hôtel-Dieu de Troyes un service ouvert, non soumis au régime de la loi du 30 juin 1838, destiné à hospitaliser

des malades des deux sexes, atteints de troubles psychiques, qui ne présentent pas de réactions dangereuses pour leur entourage et qui consentent à leur hospitalisation.

ARTICLE 2. — Ce service, comprenant 20 lits (hommes et femmes), reçoit des malades du département de l'Aube, au compte de leur famille ou d'eux-mêmes, des collectivités publiques et des Caisses de Sécurité Sociale.

ARTICLE 3. — L'admission dans ce service se fait sur présentation d'un certificat émanant d'un médecin praticien ou d'un spécialiste, mentionnant la nécessité d'une mise en observation et d'un traitement.

ARTICLE 4. — Le Médecin Chef du Service apprécie si le malade peut être traité dans le service ouvert ou si son état requiert son placement dans un service fermé, conformément aux dispositions de la loi du 30 juin 1838, auquel cas il rédige un certificat médical en vue de son transfert à l'Hôpital psychiatrique de rattachement.

ARTICLE 5. — La sortie du malade est prononcée après avis du Médecin Chef de service. Si, pour une raison quelconque, le malade ou sa famille exige une sortie jugée prématurée, celle-ci se fait après signature par le demandeur d'un contre-avis médical.

ARTICLE 6. — L'Administration de Hospices n'intervient en aucune façon dans la gestion des biens des malades. Celle-ci est assurée dans les formes du droit commun.

L'argent et les valeurs sont déposés à la Caisse de M. le Receveur des Hospices dans les mêmes conditions que pour les autres hospitalisés. Un inventaire des vêtements et objets est dressé à chaque entrée, ceux-ci étant remis à la sortie du malade, contre décharge.

ARTICLE 7. — Les visites ne sont autorisées qu'après avis médical et n'ont lieu que deux fois par semaine (le jeudi de 13 h à 14 h, et le dimanche de 14 h à 15 h). Des bulletins de santé sont remis ou envoyés aux familles, sur leur demande.

ARTICLE 8. — Les frais de séjour sont recouvrés conformément aux règlements en vigueur, sur la base du prix de journée pratiqué dans les services de médecine de l'Hôtel-Dieu.

ARTICLE 9. — Une consultation externe gratuite de prophylaxie mentale et de neurologie est ouverte à l'Hôtel-Dieu, le samedi de chaque semaine. Elle est assurée par le Médecin Chef du Service.

ARTICLE 10. — Le Service Social de l'Hôtel-Dieu se mettra à la disposition du Médecin Chef de service pour effectuer certaines enquêtes pendant le séjour des malades à l'Hôpital. Ce même service assurera également, dans la mesure des possibilités, la réadaptation sociale des malades après la guérison.

III. — RECRUTEMENT DES MALADES

Les malades hospitalisés au Centre de Neuropsychiatrie de l'hôpital de Troyes sont des malades du département et des départements limitrophes relevant de cette spécialité.

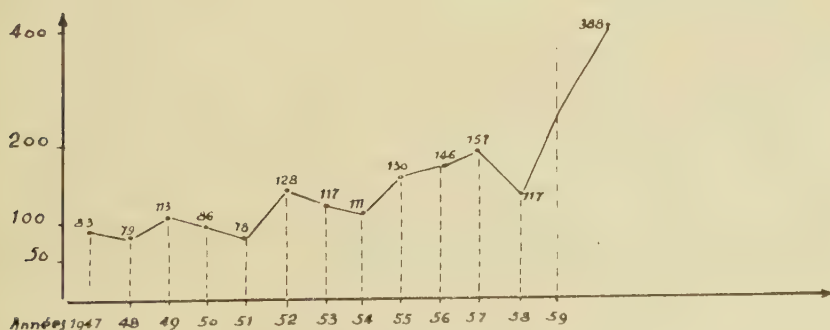
Ils sont :

- soit adressés par leur médecin ;
- soit adressés par la police ;
- quelquefois ce sont des délinquants adressés pour expertise ;
- ou encore des malades venant des autres services de l'hôpital ;
- enfin des malades venant d'eux-mêmes, en particulier pour une cure de désintoxication alcoolique.

IV. — HOSPITALISATION

A) HOSPITALISATION DES MALADES HOMMES

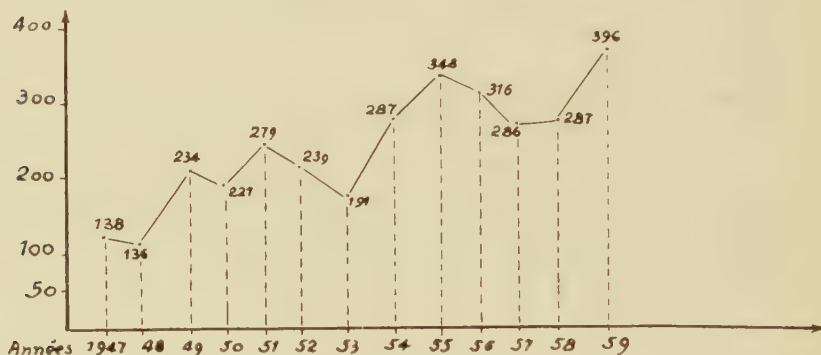
Après l'établissement des graphiques montrant le nombre de malades hospitalisés durant les années 1947 à 1959 incluse, nous ferons quelques remarques qu'appellent les résultats donnés par ces courbes.



L'augmentation très nette du nombre de malades hospitalisés au cours de l'année 1959 correspond à la réouverture du service « hommes ».

B) HOSPITALISATION DES MALADES FEMMES

Cette courbe ascendante, schématisant l'hospitalisation des malades jeunes, entre les années 1947 et 1959 incluse, montre une augmentation constante des femmes atteintes de maladies mentales.



V. — ÉTABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC

Les malades mentaux hospitalisés au centre de neuropsychiatrie du Centre Hospitalier de Troyes bénéficient de toutes les ressources médicales qu'offre un centre hospitalier. En particulier, tous les examens complémentaires peuvent être réalisés sur place : oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, radiologie, dermatologie...

D'autre part, si une intervention chirurgicale quelconque est nécessaire, elle peut être exécutée sans encombre.

En résumé, les malades profitent d'un travail d'équipe médicale.

Inversement, le neuropsychiatre a quotidiennement l'occasion de donner son avis à un confrère du centre hospitalier sur des malades qualifiés de « fonctionnels » et qui sont légion tant dans les services de médecine que de chirurgie ou de spécialité.

Ces conditions ont été encore améliorées par l'installation d'un laboratoire d'électro-encéphalographie depuis septembre 1958.

VI. — LES TRAITEMENTS

Toutes les techniques modernes de traitement devenues maintenant classiques sont appliquées :

— la convulsivothérapie ;

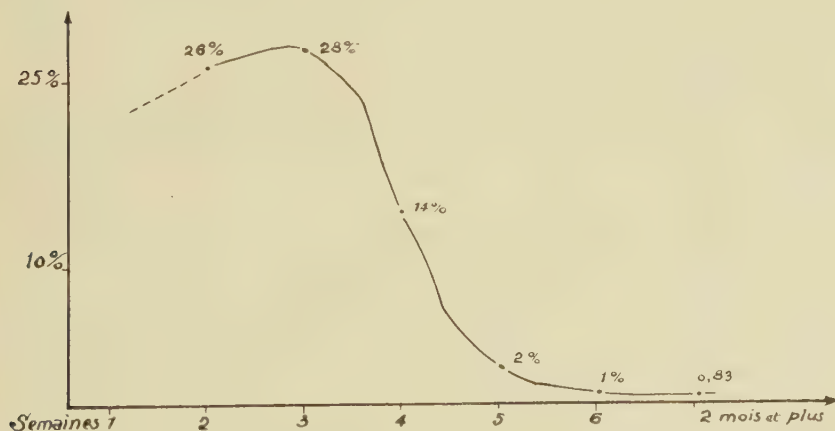
- l'insulinothérapie ;
- les cures par neuroplégiques ;
- l'investigation analytique sous narcose ;
- les cures de désintoxication.

Les malades relevant des soins d'un service de neurochirurgie sont adressés dans un service parisien, le Centre Hospitalier de Troyes n'ayant pas de service spécialisé.

VII. — DURÉE DE SÉJOUR

L'étude de la durée du séjour d'hospitalisation au centre de neuro-psychiatrie nous a permis de constater que les malades étaient hospitalisés pendant une durée moyenne de trois semaines et six semaines au maximum.

Il s'agit donc de malades dont le traitement doit être de *courte durée*, et c'est ce test qui est primordial dans le recrutement des malades du service ouvert d'hôpital général. Le tableau de durée d'hospitalisation en service ouvert, pour la période qui s'étend des années 1955 à 1959 incluse, nous le montre.



Il est toutefois important à noter que nous ne tiendrons pas compte du nombre de malades hospitalisés pendant une semaine.

Ce nombre élevé correspond à des malades hospitalisés pour des examens complémentaires et non à des malades hospitalisés pour traitement.

DURÉE HOSPITALISATION SERVICE OUVERT DE 1955 A 1959 INCLUS
(service femmes)

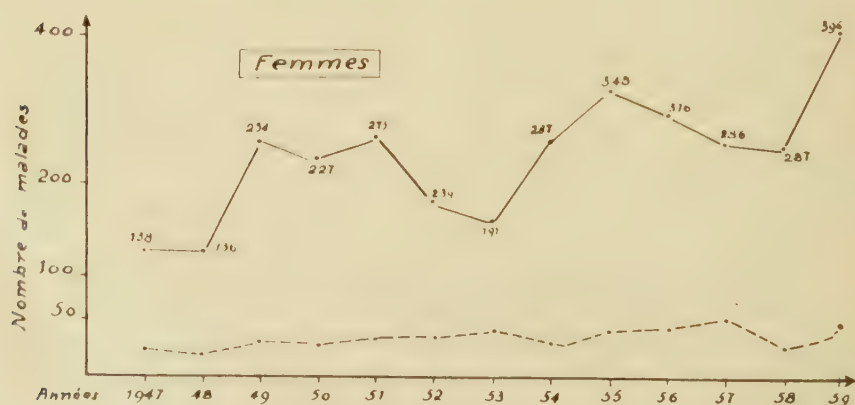
	1955	1956	1957	1958	1959	%
1 semaine	71	62	48	57	94	
2 semaines	80	71	69	67	97	26,8 %
3 semaines	78	79	70	77	80	28,6 %
4 semaines	48	38	29	35	57	14,4 %
5 semaines	8	8	6	9	6	2,72 %
6 semaines	4	4	1	3	4	1,10 %
2 mois et plus	1	1	3	1	6	0,83 %
	290	263	226	249	344	

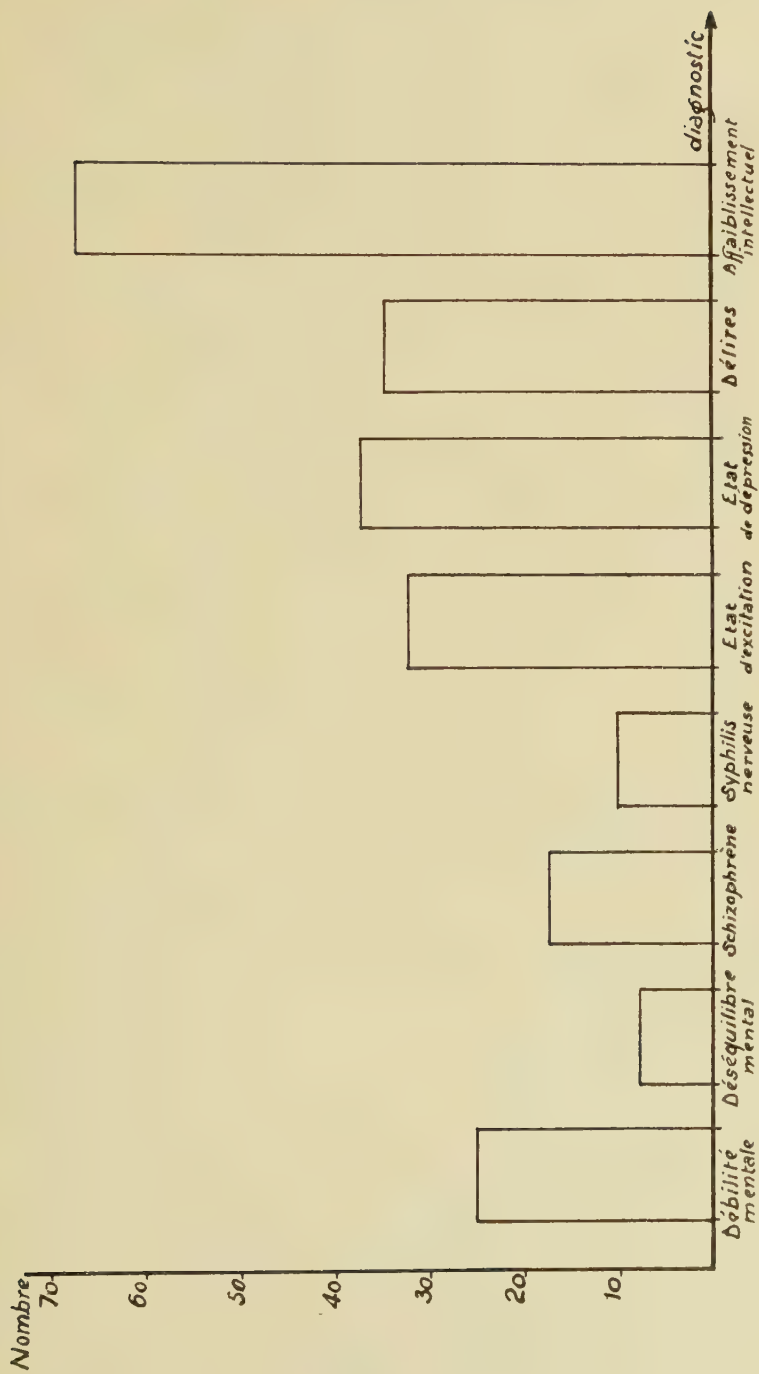
VIII. — LES INTERNEMENTS

Si toutes les ressources d'un service de neuropsychiatrie dans le cadre d'un centre hospitalier général ont été largement exploitées, les traitements appliqués dans les meilleures conditions, les dernières techniques employées, malgré tous les efforts engagés pour soigner les malades dans un service ouvert, il n'en résulte pas moins cependant que des malades relèvent d'un internement dans un centre psychothérapique.

Nous avons étudié le nombre de malades nécessitant un internement, et nous l'avons mis en parallèle avec le nombre de malades hospitalisés.

A) INTERNEMENT CHEZ LES FEMMES





FEMMES INTERNÉES — 1955 A 1959 INCLUS
(par diagnostic)

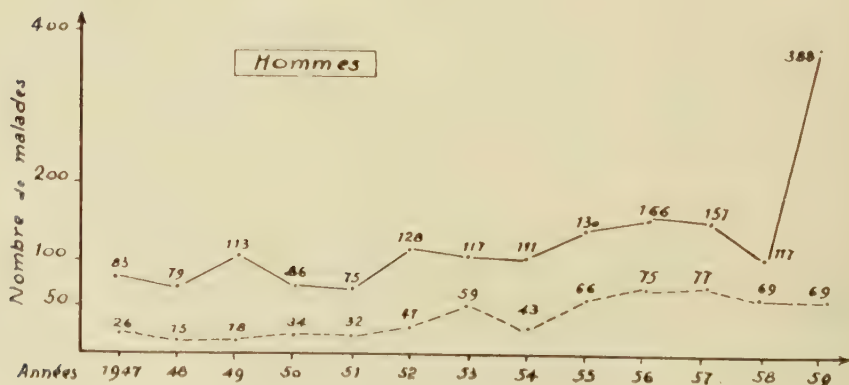
HOSPITALISATION ET INTERNEMENT
(malades femmes)

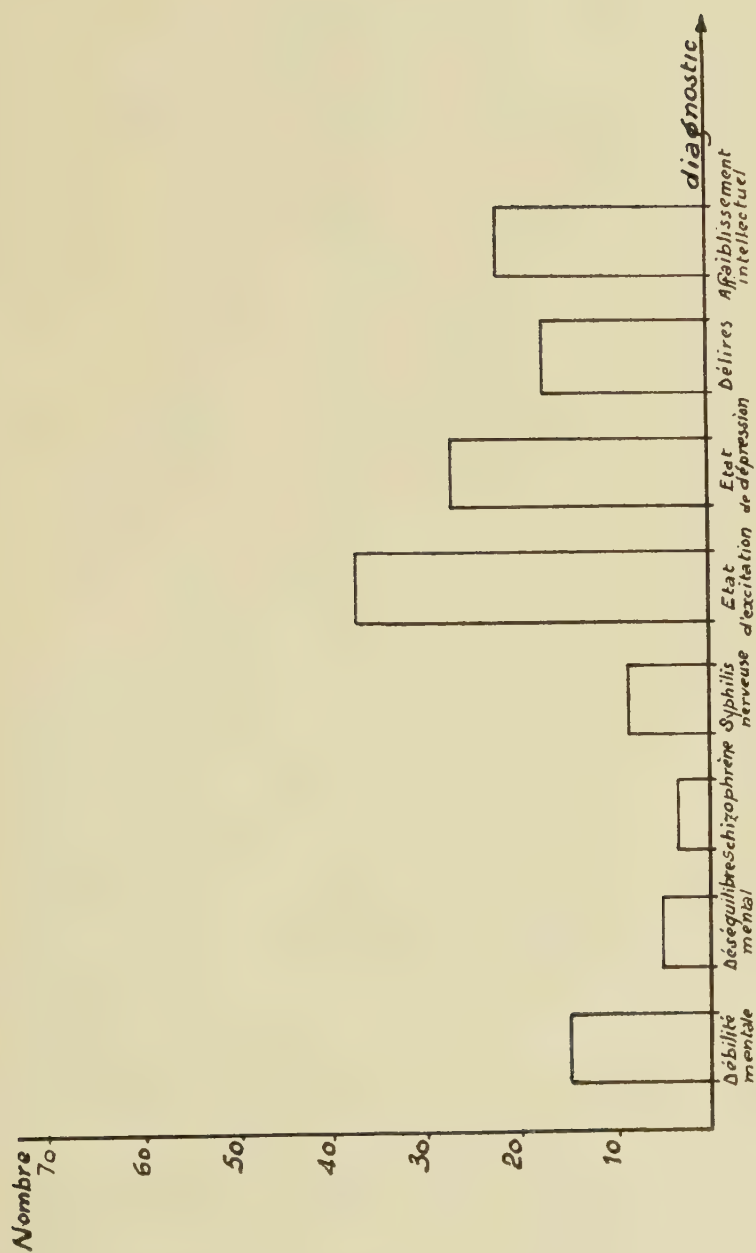
	Entrées	Internements	%
1947	138	37	26
1948	136	29	21
1949	234	39	16
1950	227	41	18
1951	275	32	11
1952	239	55	23
1953	191	65	24
1954	287	41	14
1955	348	58	16
1956	316	53	16
1957	286	60	20
1958	287	38	13
1959	396	52	13

De ce tableau il résulte que :

- malgré l'augmentation constante du nombre de femmes atteintes de maladies mentales ;
- le pourcentage de malades internées reste stable.

B) INTERNEMENTS CHEZ LES HOMMES





HOMMES INTERNÉS — 1955 A 1959 INCLUS
(par diagnostic)

HOSPITALISATION ET INTERNEMENT
(malades hommes)

	<i>Entrants</i>	<i>Internements</i>	%
1947	83	26	31
1948	79	15	19
1949	113	18	15
1950	86	34	39
1951	75	32	42
1952	128	47	36
1953	117	59	50
1954	111	43	38
1955	130	66	50
1956	146	75	51
1957	157	77	49
1958	117	69	58
1959	388	69	17

Ces tableaux entraînent quelques commentaires :

- en 1950, fermeture du service « hommes », ce qui se traduit par une augmentation du pourcentage de malades internés ;
- en 1959, ouverture du service « hommes » après transfert du service de neuropsychiatrie à l'hôpital des Hauts-Clos, ce qui entraîne un abaissement à 17 % du nombre des malades internés.

Il nous a paru intéressant de rechercher les affections mentales les plus répandues chez ces malades internés :

- 1) Femmes internées — par diagnostic — de 1955 à 1959 inclus.
- 2) Hommes internés — par diagnostic — de 1955 à 1959 inclus.

De ces graphiques, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

- 1° L'affaiblissement intellectuel sénile, présénile, toxique, est le diagnostic le plus fréquent chez les femmes internées, pour lesquelles se pose souvent le problème d'un placement en hospice spécialisé pour vieillards turbulents.
- 2° L'état d'excitation psychique, en général symptomatique d'un délire, est le diagnostic le plus fréquent pour l'internement des malades hommes.

IX. — LA RÉHOSPITALISATION

Les rechutes sont fréquentes chez les malades mentaux, et le tableau suivant nous montre :

- 1^o Le nombre de malades décroît en fonction de l'augmentation du nombre de séjours.
- 2^o Le nombre d'internements augmente en fonction de l'augmentation du nombre de séjours.

RÉHOSPITALISATION DES MALADES FEMMES
ENTRE 1950 ET 1959 INCLUS

<i>Nombre de séjours</i>	<i>Hospitalisées</i>	<i>Internées</i>	<i>%</i>
2	522	137	26 %
3	196	70	35 %
4	79	34	43 %
5	42	18	42 %
6	20	10	50 %

X. — CONCLUSION

En 1959, sur 100 malades mentaux hospitalisés dans le service de neuropsychiatrie, 83 hommes et 87 femmes ont pu y être traités en cure libre.

Ce service du comprend 50 lits, se révèle souvent insuffisant.

Il faut souligner l'avantage pour les malades :

- d'être traités dans un hôpital général avec toutes les ressources de l'équipe médicale ;
- la possibilité de recevoir des visites familiales fréquentes ;
- et surtout l'assurance de pouvoir quitter le service à tout moment, les formalités d'admission et de sortie étant les mêmes que celles exigées pour un autre service.

CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE BRIENNE

Instrument traditionnel de la psychiatrie, l'hôpital psychiatrique avait une influence particulièrement néfaste. Bien souvent on voyait en lui une sorte d'oubliette pour les individus dangereux qu'il fallait écarter de la Société pour ne plus avoir à s'en soucier. La fréquence, avec laquelle l'état des malades hospitalisés dans de mauvaises conditions en dépit du traitement des médecins empirait au lieu de s'améliorer, renforçait les préjugés défavorables aux hôpitaux psychiatriques.

L'ancien asile était conçu pour réprimer l'« aliénation », séparer le « fou » du monde. L'hôpital psychiatrique nouveau, largement ouvert à la vie extérieure, est conçu pour le malade en vue de sa réadaptation sociale.

* *

Si de nombreux malades mentaux peuvent bénéficier des soins donnés dans un service hospitalier, un certain nombre pour des traitements de longue durée sont justiciables d'une hospitalisation dans un hôpital psychiatrique.

Or le département de l'Aube se trouvait dépourvu d'hôpital psychiatrique, les malades mentaux étaient hospitalisés en Haute-Marne, à l'hôpital psychiatrique de Saint-Dizier. Et la convention qui obligeait cet hôpital psychiatrique à recevoir les malades mentaux du département de l'Aube à concurrence de 500 malades, était dénoncée à partir de 1955.

Par ailleurs, l'hôpital psychiatrique de Saint-Dizier était implanté dans une situation exiguë, très encombré — pour un maximum prévu de 580 lits, il y avait en décembre 1953, 772 lits.

De toutes les enquêtes administratives, il ressortait que l'hôpital psychiatrique de Saint-Dizier ne pouvait être réorganisé utilement que pour les seuls malades mentaux du département de la Haute-Marne.

La carence en hôpital psychiatrique du département de l'Aube a permis la création d'un centre moderne.

Sous l'impulsion des autorités départementales — Monsieur le Préfet de l'Aube et le Conseil Général — il a été décidé d'utiliser ce monument historique.

Et c'est le 24 mai 1959 qu'eut lieu l'inauguration de ce Centre Psychothérapique.

* *

Le château de Brienne est un immense édifice à l'architecture régulière de la deuxième partie du XVIII^e siècle, entouré d'un parc de 30 hectares, dans un site qui se distingue franchement de la plaine de Brienne et de la vallée de l'Aube, aux confins de la Champagne. Et il eût été difficile de trouver dans le département de l'Aube un tel domaine, avec son relief accidenté, ses vénérables frondaisons et ses riches végétations qui agrémentent les allées, qui soit plus favorable à la réalisation d'un centre psychothérapique.

Le nombre de lits maximum à admettre pour l'établissement a été fixé à 500 avec extension à 600.

I. — ARCHITECTURE

L'hôpital psychiatrique doit devenir une communauté thérapeutique et modeler son architecture et ses plans sur ceux d'une collectivité.

Si son rôle est de rénover et de développer le sens de l'individualité chez les malades, il ne doit pas les écraser par ses dimensions ni les parquer par centaines.

Et le Comité d'Experts de la Santé Mentale, en novembre 1953 à Genève, avait conclu à la capacité idéale pour un hôpital psychiatrique à 600 lits.

C'était autrefois au décours des poussées évolutives et pour les psychoses anciennes que la formule de l'hôpital psychiatrique s'était révélée non satisfaisante. En effet, il faut qu'aux médications succède ou soit associée cette réadaptation qui exige avant tout les conditions d'une vie aussi proche que possible de la vie normale — occupation, rapports humains, décor.

Il est souhaitable que l'hôpital soit composé d'un groupe de petits bâtiments plutôt que d'un bloc unique. La communauté thérapeutique doit prendre le village pour modèle.

« Si ESQUIROL a écrit cette phrase toujours exacte : " Une maison d'aliénés est un instrument de guérison...", il faut montrer en quoi justement telle ou telle structure de la maison, tel agencement de ses volumes a obligatoirement un effet thérapeutique. L'homme n'est pas si étranger aux structures qui l'entourent et qu'il habite, en réalité elles le façonnent et lui imposent une manière d'être. Donner aux malades des jardins, ils s'y promèneront, un préau, ils s'y abriteront, et qui plus est, ils auront la conviction fermement assise sur l'expérience directe qu'on se préoccupe de les protéger et d'embellir leur existence. » (Docteur UEBERSCHLAG.)

Or il est essentiel que nous utilisions toutes les influences qui peuvent agir heureusement sur la santé déficiente de ces malades.

D'ailleurs l'objectif est de créer un cadre accueillant mais cependant sobre. Il faut que l'atmosphère soit assez neutre. Il faut qu'elle soit acceptable sans effort par des sujets appartenant à des classes sociales assez diverses. Il faut veiller à ce qu'il y ait des jeux là où les malades doivent jouer, des chaises-longues là où ils doivent se reposer.

Si l'agrément du décor importe peu pour bien des affections organiques, il n'en va pas de même pour des sujets sortant d'un monde étrange et confus ou ne pouvant se défendre d'un sentiment profond de malaise à la vue de ces rassemblements de chroniques entre les murs des salles de jour.

Et le Centre Psychothérapique de Brienne a été conçu dans ce sens même.

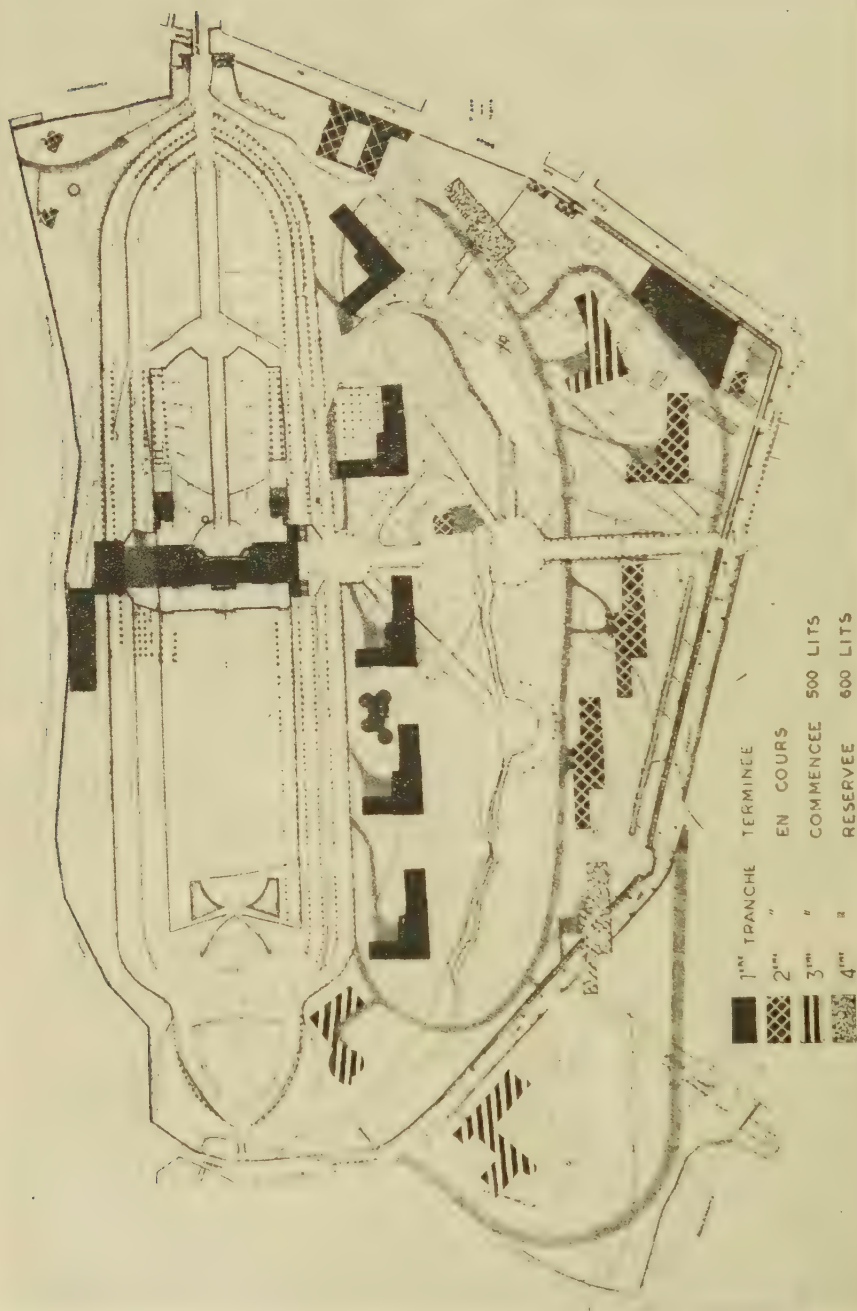
Le Centre psychothérapique de Brienne a été conçu suivant le mode d'une architecture pavillonnaire.

LES PLANS GENERAUX

A l'extrémité d'une longue allée s'élève un vaste édifice, le château où Bonaparte, alors élève de l'Ecole Militaire de Brienne, y venait dîner, convié par la Comtesse Loménie de Brienne.

Nous trouvons là les services de la Direction et de l'Administration.

Les Annexes techniques médicales occupent le premier étage : salles d'électroencéphalographie, de stomatologie, d'oto-rhino-laryngologie, d'urologie, de radiologie et bloc opératoire, ce qui tend à grouper à l'intérieur du Centre psychothérapique tous les services d'un hôpital général et éviter ainsi par la suite les transferts de malades dans des hôpitaux non spécialisés, ce qui est préjudiciable aux hospitalisés mentaux.



PLAN D'ENSEMBLE
DU CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE BRIENNE-LE-CHATEAU

II. — LES UNITÉS DE SOINS

L'ordonnance de 1839 nous avait légué la série de pavillons de « classement » que l'on trouve encore dans certains services : admission et infirmerie, calmes, travailleurs demi-agités, agités, gâteux. Chacun comportait des installations spéciales prévues pour la catégorie de malades à laquelle il était destiné.

Il est essentiel de disposer d'unités de soins réduites où le malade ne se sente pas perdu dans une foule mais soit inclus dans un groupe peu nombreux confié à une équipe de personnel.

La composition de l'unité de soins est celle d'une maison collective simple et confortable où chaque détail de construction et d'aménagement doit être étudié pour faciliter la vie de chacun au sein du groupe.

Ici même, à Brienne, les architectes sont parvenus à créer un pavillon de 50 lits divisible à la demande par le jeu de cloisons amovibles en deux unités de 25 ou en quatre unités de 12 lits parfaitement autonomes. Ce qui permet, au sein du même pavillon et pour une même catégorie de malades, de pouvoir les groupes par affinités ou autres raisons déterminées par le médecin.

C'est un pavillon en L, dont la partie centrale, seule surmontée d'un étage de dortoirs commandé par deux escaliers, contient tous les « locaux de jour ». Ces derniers entrent en rapport avec les annexes médicales et les annexes de service groupées dans l'angle rentrant du bâtiment.

Deux zones d'alitement occupent les deux extrémités des branches du L.

Ainsi chaque unité de soins de 25 malades peut posséder un ensemble :

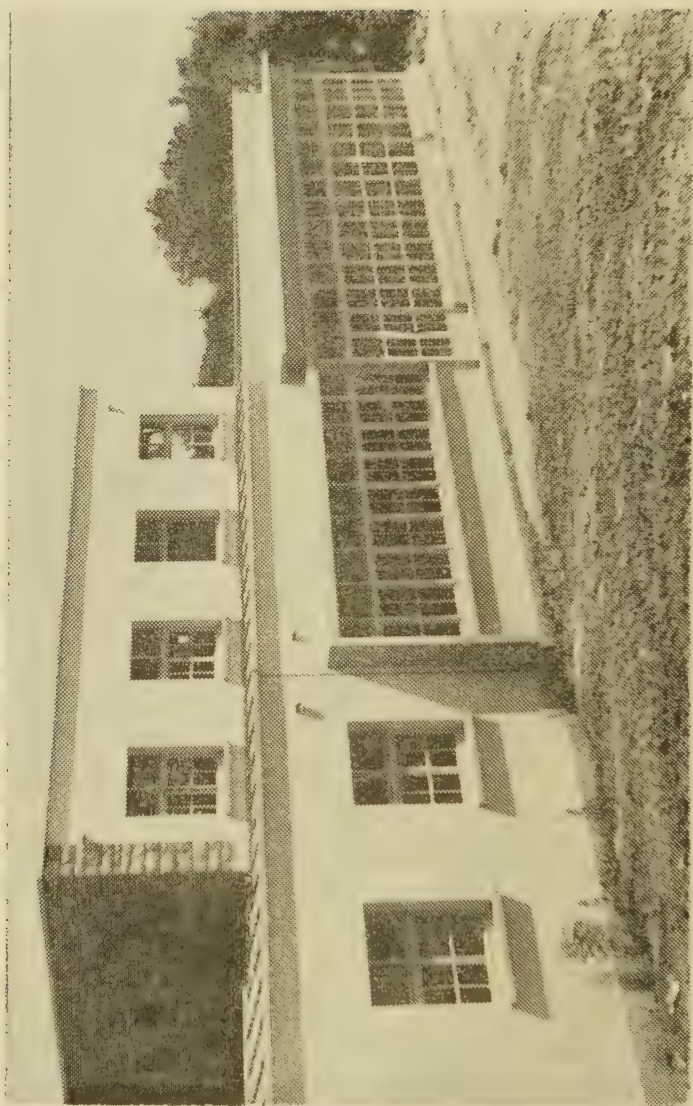
- salle à manger ;
- salle de séjour ;
- dortoir.

Pour chaque unité de soins, un alitement de 12 places au rez-de-chaussée et un alitement de 12 place au premier étage.

PAVILLON D'ADMISSION

Il existe deux pavillons d'admission hommes et femmes, identiques, qui comprennent :

- arrivée avec exposition de travaux d'ergothérapie ;



PAVILLON D'HOSPITALISATION
FAÇADE NORD-OUEST, ENTRÉE — MAI 1959

- bureau de l'assistante sociale ;
- bureau du surveillant chef de division ;
- bureau du médecin-chef ;
- bureau de la secrétaire ;
- bureau de l'interne ;
- 4 chambres d'admission d'urgence avec leurs services.

III. — AMBIANCE OU CLIMAT PSYCHOTHÉRAPIQUE

Mais le facteur qui à lui seul influe le plus fortement sur l'efficacité du traitement dans un centre psychothérapique semble être un impondérable que l'on ne peut désigner que par le terme d' « ambiance » ou de « climat psychothérapique ».

Un des éléments susceptibles de créer l' « ambiance » favorable est le respect de la personnalité du malade. Dans les hôpitaux psychiatriques, il arrivait trop souvent que le malade soit dépouillé de ses objets personnels, de ses vêtements. Il faut donc adopter toute mesure susceptible d'encourager chez le malade le sentiment de sa dignité et de son individualité.

D'autres éléments contribuent à faire régner ce climat d' « ambiance » :

- le confort apporté à l'intérieur des pavillons ;
- la suppression des grands dortoirs, les malades désormais ont à leur disposition des chambres à 4 lits au maximum ;
- la multiplication des mots allocations sanitaires ;
- la création de petites salles à manger, de petits ateliers ;
- l'agencement d'espaces libres et fleuris.

IV. — ERGOTHÉRAPIE

L'organisation de ce centre psychothérapique s'est prêté assez bien à la réalisation du « clavier ergothérapique » comportant :

- des ateliers médicaux ;
- des équipes de travail à caractère rééducatif ;
- des étapes nuancées entre ces dispositifs et les services généraux proprement dits de l'établissement, en particulier des entreprises productives utilisant le maximum de malades dans un but de réadaptation.

Dans ce domaine on a pu créer :

- des équipes d'ornementation ;
- des ateliers de ferronnerie ;
- des ateliers de vannerie ;
- des ateliers de travaux en régie (peluche) ;
- des ateliers de tissage pour les femmes.

Enfin, pour que soit parfaitement réalisé ce « climat psychothérapique », il faut admettre que tout malade est digne de confiance.

Cet établissement n'est pas clôturé ; ce fait même constitue un élément favorable aux yeux des malades. Même en ce qui concerne les arriérés, les expériences ont déjà montré que l'on pouvait créer chez eux des automatismes permettant de les laisser dans une certaine zone. Fermer à clé les salles de l'hôpital, c'est créer un besoin d'évasion. Des précautions minutieuses offensantes, tels que les hautes murailles, les grilles, les fenêtres blindées, trousseaux de clés rendent impossible un traitement psychiatrique moderne.

LE SEJOUR

Est-il nécessaire d'insister sur un facteur extrêmement favorable à la réintégration sociale et créé par la courte durée d'hospitalisation.

Mais il est difficile de porter un jugement sur les durées d'hospitalisation au Centre psychothérapique de Brienne, ce dernier ne fonctionnant que depuis un an.

LA SORTIE

Deux étapes réclament une attention spéciale : l'entrée au centre psychothérapique et la sortie. Si le fait d'entrer dans une nouvelle collectivité désoriente ceux qui sont en bonne santé mentale, à plus forte raison ceux qui sont malades, la sortie du centre psychothérapique peut présenter pour certains une expérience encore plus effrayante surtout si la maladie a été d'une gravité telle que la confiance du malade en lui-même a été ébranlée.

La sortie pose pour eux des problèmes touchant leur réintégration au foyer et au travail.

Tout doit être mis en œuvre afin que cette expérience constitue non pas une brusque rupture, mais une transition graduelle entre un mode d'existence et un autre. Cette transition peut être préparée par des permissions d'un jour, les services de post-cure et mieux encore par le service d'entraide psycho-sociale.

V. — SERVICE D'ENTR'AIDE PSYCHO-SOCIALE

Les statuts de l'Entr'aide psycho-sociale ont été ainsi définis :

ARTICLE PREMIER. — L'association dite « Entr'aide psycho-sociale du département de l'Aube » a pour objet d'améliorer et de favoriser le sort des malades séjournant au Centre psychothérapique de Brienne-le-Château en leur procurant des distractions honnêtes et aussi variées que possible, de les rééduquer par des occupations proches de leurs occupations professionnelles, de les réadapter à la vie sociale normale par l'usage permanent d'une fonction comportant une responsabilité compatible avec leur état, mais surtout de maintenir vivant entre eux le sentiment de la dignité humaine.

Les activités sociales psychothérapiques entrant dans l'objet de l'Association son :

- la participation sous toutes ses formes au fonctionnement d'ateliers à usage de thérapie sociale et la recherche de débouchés pour le produit de ces ateliers ;
- la participation à l'aménagement de cantine à usage de thérapie sociale ;
- la participation à l'organisation des loisirs collectifs — fêtes, kermesses — activité culturelle, documentation et moralisation par le film, lectures, promenades, sports ;
- l'aide au reclassement familial et professionnel et éventuellement l'aide à la poursuite d'un traitement après la sortie de l'établissement.

ARTICLE 2. — L'organe principal de chaque catégorie d'activité sera le club où les malades et anciens malades pourront se réunir. Le club pourra apporter un complément à l'ergothérapie et prêter utilement son concours par la constitution de la bibliothèque et de la discothèque de l'établissement ou de toute initiative future de même nature.

SERVICE LIBRE

Il est prévu 15 lits dans le service hommes, 15 lits dans le service femmes, pour les traitements en service libre.

Ce service ne fonctionne que depuis le mois d'août 1959.

CONCLUSION

La création de ce centre psychothérapique dans le cadre du département de l'Aube a provoqué un réel mouvement d'intérêt pour le traitement des maladies mentales.

Le préjugé défavorable à « l'asile » a régressé dans le département depuis la création de ce Centre de Brienne-le-Château.

VI. — APERÇU SUR LE FONCTIONNEMENT DU CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE

• HOSPITALISATIONS DES MALADES MENTAUX PAR TRANCHES D'ÂGE

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
Moins de 20 ans	6, soit 2,4 %	2
20-30 ans	55, soit 22 %	20, soit 8 %
30-40 ans	54, soit 22 %	39, soit 15 %
40-50 ans	36, soit 14 %	23, soit 9 %
50-60 ans	41, soit 16 %	47, soit 19 %
60-70 ans	34, soit 13 %	48, soit 19 %
70 ans et plus	18, soit 7 %	67, soit 27 %

Il apparaît dans ce tableau :

- 1° Que ce sont surtout les vieillards qui sont hospitalisés ; en effet :
 - 20 % des hommes sont âgés de plus de soixante ans ;
 - 46 % des femmes sont âgées de plus de soixante ans.
- 2° Que le nombre de femmes hospitalisées est supérieur de loin au nombre d'hommes.

• TRANSFERTS DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DES DÉPARTEMENTS LIMITROPHES

— Hommes : 212

— Femmes : 197

• ENTRÉES DIRECTES ET POURCENTAGE DE SORTIES

	<i>Entrées directes</i>	<i>Sorties définitives</i>	<i>%</i>
Hommes	160	85	53 %
Femmes	114	36	31 %

- EVASIONS

Pour le service d'hommes, 12 évasions dont 10 ont été réintégrés.

- SERVICE LIBRE

Fonctionnant depuis août 1959 :

— hommes : 19 entrées — 11 sorties, soit 52 %

— femmes : 17 entrées — 11 sorties, soit 64 %

CONCLUSION

L'étude de l'hospitalisation des malades mentaux dans le cadre d'un département nous permet quelques réflexions d'ordre théorique et pratique.

* *

Depuis plusieurs décades, les techniques thérapeutiques psychiatriques se sont multipliées et perfectionnées : la pratique des chocs électriques ou insuliniques, de diverses formes de psychothérapie, ou même le recours en dernier espoir à la neurochirurgie ont permis à de nombreux malades, jadis voués à la chronicité, de retrouver une vie normale. Mais l'hospitalisation, si elle remplit une fonction utile en soustrayant le malade au milieu où il s'est révélé inadapté, risque de le placer dans un cadre artificiel fait de contrainte et d'inactivité.

* *

L'augmentation toujours constante du nombre des malades mentaux du département admis dans les centres de soins (de 27 en 1944, ce nombre est passé à 284 en 1959) a rendu nécessaire leur transformation.

La création des services de cure libre, soit dans le cadre d'un hôpital général, soit dans le cadre d'un Centre psychothérapique, correspond à des besoins nouveaux — de plus en plus sont traités des psychopathes non internables, des désadaptés sociaux de tous ordres.

Le renversement total de la condition sociale du malade a bouleversé l'organisation traditionnelle.

Schématiquement, le service psychiatrique qui avait d'abord eu pour but la protection de la société, puis la thérapeutique au sens étroitement « médical » s'est orienté vers la réinsertion sociale.

* *

L'hospitalisation des malades mentaux se fait en fonction de la durée probable de l'hospitalisation.

— Les états névrotiques, les états psychotiques aigus peuvent être traités en cure libre dans le service de neuro-psychiatrie de l'hôpital général.

— Les états délirants, les schizophrènes, ceux qui peuvent être dangereux pour les autres et ceux qui n'acceptent pas leur cure sont justiciables d'un service fermé.

* *

Enfin reste la question soulevée depuis quelques années de l'hospitalisation des vieillards agités avec les problèmes physio-pathologiques ou psychologiques qu'elle comporte.

Un hospice avec du personnel spécialisé et des locaux judicieusement équipés devra être rattaché à un service de neuro-psychiatrie sous la surveillance de psychiatres qualifiés, ce qui faciliterait les rapports entre les deux établissements.

* *

A une époque où l'accroissement du nombre des malades mentaux pose à la société d'angoissants problèmes, il nous a paru utile d'insister non sur les techniques, ni sur leur valeur, mais sur la possibilité de leur application.

Les maladies mentales, par le fait qu'elles sont dues aux difficultés d'adaptation de la personnalité au milieu sont plus que toutes les autres maladies extrêmement sensibles aux conditions matérielles et psychologiques dans lesquelles elles sont traitées.

Et c'est vers l'aménagement d'une gamme variée de modes d'assistance hospitalière et para-hospitalière que l'on doit s'orienter plutôt que vers la construction d'hôpitaux de « chroniques ».

* *

Il apparaît donc que l'hospitalisation des malades mentaux touche un vaste domaine dans la connaissance de l'homme et en particulier la façon dont il s'intègre dans son milieu.

Et des solutions apportées aux problèmes de réadaptation sociale et d'organisation des services hospitaliers dépendra en grande partie la guérison des malades mentaux.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DELAY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Psychiatrie, Neurologie.

BONNAFÉ. — L'hôpital psychiatrique. Ce qu'il est, ce qu'il doit devenir. (*Pages Sociales*, 1947, 2.)

PLANCHE (Suzanne). — Réflexions sur un service hospitalier de neuro-psychiatrie. (*Thèse*, Paris, 1957.)

KOECHLIN (Ph.). — Etude sur la place du travail dans la thérapeutique psychiatrique actuelle. (*Thèse*, Paris, 1951.)

Evolution psychiatrique (1952).

LAUZIER. — Au delà de l'asile d'aliénés et de l'hôpital psychiatrique. (*Informations Psychiatriques*, 1946, n° 2.)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. — L'hôpital psychiatrique public. (*III^e Rapport du Comité d'Experts de la Santé Mentale*.)

— L'hôpital psychiatrique, centre d'action préventive en santé mentale. (*IV^e Rapport du Comité d'Experts de la Santé Publique*.)

Thèse, Paris 1956. — Sédiment asilaire.

SIVADON (Docteur). — Vers une rénovation de l'assistance psychiatrique. (*Techniques Hospitalières*, janvier 1948.)

— Centre de traitement et réadaptation sociale à Ville-Evrard. (*Annales Médico-Psychologiques*, octobre 1952.)

ÜBERSCHLAG. — Hôpital psychiatrique de Lannemezan. Une étape dans l'évolution de la psychiatrie française. (*Techniques Hospitalières*, mars 1959.)

— Hôpital psychiatrique moderne. (*Techniques Hospitalières*, mai 1956.)

SIVADON (Docteur). — Esquisses d'un équipement psychiatrique. (*Techniques Hospitalières*, mars 1956.)

Comptes Rendus du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française, Bordeaux, septembre 1956, LIV^e session.

RAYNIER et BEAUDOIN. — L'aliéné et les asiles d'aliénés. Assistance, législation, médecine légale. (Le François, 1930.)

Techniques Hospitalières, février 1960. Centre psychothérapique de Brienne-le-Château.

BONNAFÉ. — Points de vue sur la construction et l'aménagement d'un service libre. (Lettre sur l'hospitalité.) (*Informations Psychiatriques*, novembre 1955.)

LAUZIER. — Le problème de la modernisation des hôpitaux psychiatriques. (*Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale*, 1956, tome IV, n° 1.)

Archives de la Direction Départementale de la Santé.

TABLE DES MATIÈRES

PLAN DE TRAVAIL	13
GÉNÉRALITÉS	15
I. Avant-propos	15
II. Evolution des conceptions sur l'hospitalisation des malades mentaux	16
SERVICE OUVERT DE NEURO-PSYCHIATRIE DE L'HÔPITAL DE TROYES	19
I. Généralités	19
II. Règlement	19
III. Recrutement des malades	21
IV. Hospitalisation	21
V. Etablissement du diagnostic	22
VI. Les traitements	22
VII. Duré de séjour	23
VIII. Les internements	24
IX. La réhospitalisation	29
X. Conclusion	29
CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE BRIENNE	31
I. Architecture	32
II. Les unités de soins	35
III. Ambiance ou climat psychothérapique	37
IV. Ergothérapie	37
V. Service d'entr'aide psycho-sociale	39
VI. Aperçu sur le fonctionnement du Centre psychothérapique	40
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45

